

承 諾 書

氏名： _____

住所：

生年月日： 年 月 日

上記の者が脱毛することを承諾する。

(備考)

※光脱毛が治療の妨げにならないことの確認が目的です

※白斑の疑いがある部分については、「白斑ではない」と記入していただく必要があります

平成 年 月 日

住所

医師

脱毛サロン キレミカ

〒150-0001

東京都渋谷区神宮前1-14-34

株式会社エイチフォー

TEL 03-6434-7213 / FAX 03-6434-7214

ホームページ <http://kiremika.jp>